

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a zamieszkały/a w Świętochłowicach, przy ul. legitymujący/a się dowodem osobistym seria nr, oświadczam, że zapoznałem/am się i spełniam zapis zawarty w kierunkach działania oraz warunkach brzegowych obowiązujących realizatorów programu „Aktywny samorząd” w 2024r., tj.: każdy wnioskodawca może uzyskać pomoc ze środków PFRON łącznie maksymalnie w ramach 20 (dwudziestu) semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym – warunek ten dotyczy także wsparcia udzielonego w ramach programów PFRON: „STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”, „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”.

Jednocześnie oświadczam, iż do dnia złożenia wniosku o dofinansowanie kosztów nauki w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II - **nie otrzymałem(am) / otrzymałem(am)*** dofinansowanie kosztów nauki ze środków PFRON w ramach:

Programu „STUDENT” – ilość semestrów/półroczy -

Programu „STUDENT II” – ilość semestrów/półroczy -

Programu „AKTYWNY SAMORZĄD” – ilość semestrów/półroczy -

Świętochłowice, dnia

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić